5

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Octobre 1909, à 1 heure

PAR

Frédéric HURÉ

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Rouen
Médailles de l'Ecole 1903 et 1904

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Sarcomes kystiques de l'Utérus

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges : MM. RECLUS, *professeur*
PROUST, *agrégé*
ZIMMERN, *agrégé*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A NOS CHEFS DE SERVICE

MONSIEUR LE DOCTEUR CERNÉ
Professeur de Clinique chirurgicale
Externat 1902-1903

MONSIEUR LE DOCTEUR LEREFAIT
Médecin de l'hospice Général
Internat 1904-1905

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN
Professeur de Clinique obstétricale
Internat 1906-1907

MONSIEUR LE DOCTEUR F. HUE
Chirurgien de l'hospice Général
Internat 1907-1908

MONSIEUR LF DOCTEUR HALIPRÉ
Médecin de l'hospice Général

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNE
Chirurgien des hôpitaux
Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR BATAILLE
Professeur d'Anatomie

MONSIEUR LE DOCTEUR DÉVÉ
Professeur d'Anatomie pathologique

MONSIEUR LE DOCTEUR LONGUET
Professeur de Physiologie

MONSIEUR LE DOCTEUR V. ROCHER
Chirurgien de l'hôpital ophtalmique

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAYGRIER

Accoucheur de l'hôpital de la Charité

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BROCA

Agrégé

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades

Stage

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des hôpitaux

Qui nous a fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES KYSTIQUES de L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Les sarcomes de l'utérus affectent deux localisations principales. Tantôt ils se développent dans la muqueuse utérine et simulent l'épithélioma par l'abondance des métrorragies et des écoulements qu'ils provoquent. Cette forme est certainement la plus fréquente, la mieux connue ; elle est décrite cliniquement comme un cancer de l'utérus.

Tantôt, c'est en plein parenchyme musculaire que se fait le développement du sarcome. Dans ce cas, ils forment une tumeur indépendante de la cavité utérine et dont les symptômes rappellent plutôt les grosses tumeurs bénignes de l'abdomen d'origine génitale.

Cette variété a une grande tendance à subir la dégénérescence kystique ; c'est d'elle seulement dont nous

nous occuperons dans ce travail en groupant autour d'une observation personnelle les observations encore assez peu nombreuses de cette affection.

Avant d'aller plus loin, il convient de remarquer qu'un sarcome diffus de la muqueuse peut oblitérer l'orifice interne du col et amener ainsi de l'hématométrie. Dans ces conditions la tumeur manifestement fluctuante a un aspect kystique au premier abord, mais il est bien évident qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'un néoplasme kystique, mais d'un néoplasme compliqué de rétention : Il ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

Avant de commencer ce travail, nous avons tenu à inscrire en tête de notre thèse les noms de nos maîtres dans les hôpitaux et de leur adresser de bien sincères remerciements pour l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous porter pendant toute la durée de nos études médicales.

Notre reconnaissance s'adresse particulièrement à M. le Dr Lerefait, dans le service duquel nous avons passé notre première année d'internat. Nous nous souviendrons toujours de sa méthode d'observation, de son influence sur les malades et de sa thérapeutique.

M. le Dr Jeanne mérite nos remerciements sincères. Il a été l'inspirateur de notre thèse et ses conseils furent nombreux. Nous garderons également un long souvenir de sa délicatesse.

Merci à M. le Dr Dévé pour son empressement à encourager le travail d'une bonne volonté souvent capricieuse et de l'examen microscopique qu'il a bien voulu faire pour notre observation.

AVANT-PROPOS (historique)

L'étude des sarcomes kystiques de l'utérus comme celle des sarcomes en général est peu ancienne. C'est seulement en 1845 que Lebert établit les caractères du sarcome fuso-cellulaire, le sépare nettement du cancer proprement dit et rapporte le premier, avec examens microscopiques à l'appui, l'observation d'un sarcome de l'utérus.

Depuis, la littérature s'est enrichie de nombreux travaux sur les sarcomes de l'utérus, mais on ne trouve pas mention de sarcomes kystiques de cet organe avant 1875 où Léopold et Fehling en publièrent une observation. A ce propos nous pourrons diviser l'historique de ces tumeurs en deux périodes :

1° *Période préopératoire.* — Ce genre de tumeur était une trouvaille d'autopsie. En effet, Léopold et Fehling ponctionnèrent la tumeur d'une femme de trente-sept ans dont le diagnostic n'était pas exact, comme l'examen microscopique devait le démontrer *post mortem*. En effet, on avait établi le diagnostic de « fibromyome de l'utérus avec ramollissement kystique par places ».

2° *Période actuelle.* — Les erreurs de diagnostic sont la règle encore : on opère des kystes intra-utérins dont on ne reconnaît pas toujours la nature, et la preuve,

c'est qu'en ces dernières années, à la Société de chirurgie, en 1906 notamment, plusieurs chirurgiens ont noté que c'était à leur grande surprise que le microscope la leur avait révélée.

Cependant, grâce à l'examen histologique, quelques observations de sarcomes kystiques de l'utérus avec diagnostic post-opératoire ont pu être publiées depuis une vingtaine d'années.

La nécessité de cet examen s'impose pour toute tumeur kystique de l'utérus.

ÉTIOLOGIE

Le sarcome kystique de l'utérus est une affection très rare puisqu'il n'y en a qu'environ une trentaine d'observations de publiées. Nous pouvons nous faire une idée de sa fréquence par rapport aux sarcomes de l'utérus, si nous prenons le total des cas de sarcomes de l'utérus réunis par Piquand (1) jusqu'en 1905 qui était de 416. A cette époque il avait pu réunir 20 observations de sarcomes kystiques, ce qui nous donne la proportion de 1 sarcome kystique pour 21 sarcomes de l'utérus.

Si nous recherchons la fréquence du sarcome par rapport aux autres tumeurs de l'utérus, nous trouvons dans le même travail des statistiques peu concordantes suivant les auteurs ; les uns comptent environ 1 sarcome pour 20 tumeurs, les autres 1 sur 50.

La fréquence de l'affection est encore plus difficile à établir : Krukenberg, relevant tous les cas observés à la Clinique gynécologique de Berlin de 1885 à 1891, trouve 19 sarcomes sur 24.887 malades.

---

1. G. Piquand. « Le sarcome de l'utérus. » *Revue de chir. et de gynéc. abdom.*, juin 1905.

Nous n'étudierons pas à fond l'étiologie proprement dite des sarcomes de l'utérus, ainsi que les théories qui ont cherché à expliquer le développement de ces tumeurs. La théorie de Cohnheim est que les tumeurs ont pour origine des germes embryonnaires restés sans emploi pendant la différenciation des feuillets blastodermiques ; mais serait-elle exacte qu'elle ne nous apprendrait rien sur la cause même des sarcomes.

Il est plus intéressant de rechercher quelques causes prédisposantes se rapportant aux observations de sarcomes kystiques que nous avons pu recueillir.

L'*hérédité* n'a été signalée dans aucune observation ; mais comme c'est un renseignement fourni par les malades, on n'eut guère pu le prendre en considération.

La *stérilité* a été invoquée ; elle n'est signalée que dans 2 observations ; cependant les cas où une grossesse antérieure est mentionnée ne sont pas plus nombreux : on ne les trouve signalés que dans 3 observations.

Plus important est l'*âge* des malades : sauf un cas à trente-cinq ans et un cas à cinquante-huit ans, tous ont été observés de quarante à cinquante-deux ans ; il est donc intéressant de faire remarquer la très grande fréquence des sarcomes kystiques aux environs de la ménopause. Cette ménopause, pas toujours nettement indiquée dans les observations, a été notée trois fois.

Il nous reste à dire quelques mots sur l'existence d'une tumeur antérieure de l'utérus considérée comme une cause prédisposante du sarcome : « Il est certain, dit Piquand, que les fibromes sont susceptibles de se trans-

former en sarcomes et même que cette dégénérescence est assez fréquente ; d'après nos recherches, elle se montre environ deux fois sur 100 fibromes. »

Cependant le sarcome est souvent *primitif*. En ce qui concerne les sarcomes kystiques de l'utérus, nous avons trouvé sur 16 observations recueillies, que l'utérus était fibromateux dix fois, ainsi que la poche kystique, mais que six fois la cavité utérine était normale ainsi que l'utérus.

A peine deux ou trois fois, un petit fibrome gros comme une noisette était-il trouvé sur une paroi utérine, éloigné de la grosse tumeur principale (comme on le voit sur la photographie de la face antérieure de notre pièce).

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet à propos de l'anatomie pathologique où cette discussion nous paraît mieux placée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces tumeurs sont en général d'un volume assez considérable ; la plus petite qui ait été signalée avait la grosseur d'une tête de fœtus, mais la règle est qu'elles atteignent ou dépassent le volume d'une tête d'adulte ; celle que nous avons observée pesait plus de 4 kilogrammes. Mauclaire et Manoury en ont opéré qui pesaient chacune 5 kilos.

Elles sont rondes et régulières, plus rarement bosselées.

Leur épaisseur, fort variable suivant les points considérés et suivant les observations, mesure de quelques millimètres à 3 ou 4 centimètres.

L'abondance du liquide qu'elles contiennent est évidemment proportionnelle à leur volume ; dans notre cas nous en avions retiré 3 l. 1/2. Duret a extrait 8 litres de sa tumeur semblable à une « grosse citrouille. » Ce liquide quelquefois simplement jaunâtre est souvent chocolat à cause des hémorragies qui en sont l'origine ou qui s'y ajoutent : il est rarement homogène et contient des fausses membranes, des grumeaux ou des débris des végétations polypiformes qui tapissent la poche.

Fait intéressant, cette poche constitue en quelque sorte une masse surajoutée à l'utérus, ce qui permet d'en reconnaître approximativement la forme et les limites, de sorte qu'on peut distinguer l'endroit de l'utérus où elle s'est développée. C'est au niveau du fond ou dans la paroi postérieure.

Notre photographie en fait voir un exemple des plus nets ; elle représente l'organe vu par sa face antérieure et ouvert sur le milieu de cette face pour bien montrer que la cavité utérine est indépendante de la poche. Celle-ci s'est développée tout à fait en arrière, mais en respectant la configuration générale de l'organe. Elle forme en quelque sorte une énorme gibbosité qui déborde et écrase par son volume le reste de l'utérus à peine hypertrophié.

La cavité de ces tumeurs n'est jamais régulière ; elle offre au contraire l'aspect le plus varié, en raison des saillies, des anfractuosités, des bosselures, qui paraissent être la caractéristique de cette variété de tumeurs. De tous côtés, ce sont des colonnades, tantôt-quasi enfouies dans la paroi, tantôt s'en détachant à demi comme des pilastres, tantôt s'y insérant simplement par leurs extrémités sous forme d'arches, de cordes, dont la longueur, l'épaisseur, la forme, les sinuosités défient toute description.

Dans notre cas, cet aspect tourmenté, cratériforme était des plus accentués ; dans d'autres observations, il a fait comparer la surface interne de la poche à celle des cavités ventriculaires du cœur ou aux vessies à colonnes

Nous avons vu enfin des végétations découpées, poly-

piformes, flotter à l'intérieur de la poche. Elles étaient sans doute constituées par du tissu néoplasique en voie de nécrose, ou des dépôts fibrineux. Parmi les débris en suspension dans le liquide, il y en avait qui avaient la même forme et représentaient de toute évidence quelques-unes de ces végétations séparées de leur point d'insertion.

Les lésions des annexes de l'utérus ne sont pas signalées dans toutes les observations ; ce qui laisse à penser que leurs altérations, si elles existaient, devaient être minimes ; et de fait les auteurs qui font mention de l'état des ovaires signalent tous qu'ils sont normaux ; c'est à peine si nous-mêmes avons trouvé quelques kystes minuscules.

Il est intéressant en raison des interprétations émises sur l'origine de ces sarcomes, de noter la coexistence d'autres tumeurs de l'utérus ; nous verrons plus loin que tantôt ils paraissent secondaires à des fibromyomes et que bien plus souvent ils sont primitifs. Mais remarquons tout de suite qu'il ne suffit pas de trouver un minuscule fibrome enchâssé dans la paroi utérine pour conclure à la filiation du sarcome vis-à-vis de lui ; nous savons en effet à quel point le fibromyome est une lésion banale et latente. Il ne faut donc pas s'étonner si elle affecte des utérus atteints d'autre part de dégénérescence sarcomateuse sans qu'il y ait entre ces deux lésions autre chose qu'une simple coïncidence. L'hypothèse d'un rapport quelconque de l'un à l'autre ne se pose même pas dans notre observation, dans celle d'Herrenschmidt, etc., où il existait indépendant de la poche sarcomateuse un

fibrome insignifiant, gros comme une noisette ou un pois, et qui ne mériterait même pas d'être signalé, si on ne voulait donner de la pièce une description rigoureusement exacte.

Ainsi dans une première catégorie, il existe une autre petite tumeur bénigne qui a végété isolément loin de la masse principale.

Une deuxième catégorie est constituée, au contraire, par des altérations plus complètes, et qui s'enchevêtrent pour ainsi dire l'une dans l'autre. Il en était ainsi dans les cas de Terrier, Duret, Péan, etc., où un fibrome de volume notable paraissait s'être transformé sur place en sarcome kystique. Il ne s'agit plus alors seulement de coexistence, mais d'une étroite relation et même de véritable filiation.

Histologie

La paroi des poches kystiques comprend deux ou trois zones, plus ou moins apparentes, suivant que cette paroi est plus ou moins épaisse et surtout suivant que l'examen porte sur un kyste primitif ou sur un kyste secondaire à un fibromyome.

Ordinairement, dans toute poche, nous pouvons considérer trois zones :

1° La première, externe, est toujours la même ; c'est un revêtement endothélial doublé d'une couche de tissu celluleux et de tissu conjonctif.

2° La seconde surtout est variable, c'est la zone moyenne. Dans les sarcomes primitifs, elle existe à peine ; ce sont quelques faisceaux musculaires atro-

phiés sous la violente poussée du liquide et des cellules sarcomateuses. Cette zone musculaire est œdémateuse et on voit les fibres dissociées, isolées dans le tissu imbibé de sérosité. Dans les sarcomes secondaires, elle est très épaisse ; elle constitue primitivement le substratum sur lequel le sarcome a évolué. Son épaisseur varie d'après la dégénérescence sarcomateuse plus ou moins avancée du tissu fibromateux. Elle est composée de faisceaux de fibres musculaires, à direction variable, plus ou moins tassés.

3° La zone *interne* ou zone néoplasique est constituée par des cellules arrondies ou fusiformes, souvent mélangées par endroits, très nombreuses, en d'autres points très espacées. Toutle tissu intercellulaire est richement vascularisé. Au niveau de la zone superficielle interne, le tissu néoplasique se nécrose et les cellules s'effritent dans le liquide de la cavité.

Histogenèse

Comment se fait la transformation du fibrome en sarcome? Ce qui n'est pas douteux, c'est l'existence du sarcome primitif : l'examen des pièces le prouve de toute évidence. L'observation de Herrenschmidt, la nôtre en sont la preuve ; nulle part, il n'y a trace de fibrome ; on assiste à la juxtaposition du tissu utérin, reconnaissable quoique œdématié, et du tissu sarcomateux. Au reste, dans les cavités kystiques, Auvray remarque avec raison que, si elles ont pris naissance dans un fibromyome, il reste toujours, quel que soit leur développement, du tissu fibromateux reconnaissable.

A la vérité, il ne s'agit pas dans ces cas de kystes à paroi bien définie, mais de simples cavités créées par refoulement des tissus.

Genèse des cavités kystiques

Il reste enfin à examiner la genèse des cavités kystiques dans les sarcomes utérins :

« Parfois un sarcome, dit Brault, est susceptible d'être désorganisé par un traumatisme, mais plus souvent il faut incriminer une gêne circulatoire dans la tumeur : compression ou oblitération des voies de retour du sang par les cellules néoplasiques ; de là provient l'état œdémateux de la tumeur, puis sa dislocation et la formation de pseudo-kystes séreux ou gélatiniformes. Si les vaisseaux sont très fragiles, il se fait des hémorragies interstitielles qui vont toujours en se multipliant et le kyste devient franchement sanguin. La nécrose simple par oblitération vasculaire semble entrer exceptionnellement seule en jeu. »

SYMPTOMES

Les symptômes cliniques des sarcomes kystiques du corps utérin simulent parfois, à s'y méprendre, les autres tumeurs kystiques d'origine génitale.

D'une manière générale, l'attention des malades est attirée par des symptômes fonctionnels qui sont toujours les mêmes ; les hémorragies et la douleur. Cependant les métrorragies sont moins abondantes que dans les fibromes et souvent on ne constate que des ménorragies. La douleur est rarement violente ; son acuité est rare et les malades n'éprouvent guère que de la gêne ou seulement de la sensibilité de l'abdomen.

L'examen du ventre est, certes, plus intéressant. Au début, comme nous pouvons le voir sur le cas d'Auvray vu à deux reprises à quatre ans d'intervalle, la tumeur sous-ombilicale est lisse, arrondie et déjà fluctuante.

A une période plus avancée, on obtient au palper une sensation tout à fait différente suivant les cas : tantôt la tumeur, occupant une grande partie de l'abdomen est arrondie, mobile et lisse : elle est fluctuante la plupart du temps, mais elle peut être simplement rénitente, et quelquefois molle ; tantôt la tumeur toujours volumineuse présente de grosses bosselures et, fait intéressant,

la palpation totale de la surface de la tumeur montre que sa consistance est inégale suivant les points : à côté de masses fermes, on en trouve d'autres molles ou même fluctuantes.

A une période plus avancée encore, comme dans le cas de Duret, la tumeur occupait tout l'abdomen, proéminant en avant comme un ventre de polichinelle et s'accompagnant d'œdème et d'un réseau veineux très développé ; les changements de consistance étaient presque caractéristiques : la tumeur était dure au-dessous de l'ombilic et liquide au-dessus. De plus, l'état général devint rapidement cachectique. Le toucher, quand il peut être fait, montre que le col de l'utérus est très haut situé ; cependant ce signe est inconstant.

Il est classique de dire que les tumeurs développées dans le corps de l'utérus offrent un signe pathognomonique de leur origine utérine : ce sont les résultats qu'on obtient par la mobilisation de la masse abdominale pendant qu'un doigt introduit dans le vagin est appliqué sur le col. Celui-ci suit intégralement, quoique pas toujours dans le même sens, les déplacements imprimés. Eh bien, cela est vrai aussi pour certains sarcomes de l'utérus ; c'est là un signe extrêmement précieux puisqu'il démontre sans conteste la localisation utérine de la tumeur. Malheureusement il est loin d'exister toujours, parce que les culs-de-sac refoulés ou distendus par le développement de la tumeur ont perdu toute souplesse, et que l'organe a perdu sa mobilité.

Chez notre malade, la masse était certainement très peu mobile, car les déplacements qu'on lui imprimait

étaient insignifiants, tandis qu'un fibrome d'égal volume eût ballotté dans le ventre.

De plus, point capital pour le diagnostic, le toucher n'avait pas pu être fait, puisque la malade était vierge. Il était par conséquent impossible d'assigner une origine utérine à la tumeur abdominale. La malade d'Auvray était vierge également et cette circonstance contribua à faire errer le diagnostic.

Pendant une assez longue période, malgré le développement du ventre, les malades ont relativement bonne mine et leur état général ne s'altère pas et n'évoque pas l'idée d'une tumeur maligne ; toutefois, dans les cas avancés, l'apparition d'un épanchement ascitique vient souvent compliquer la situation : en même temps la malade s'épuise, s'anémie et maigrit. Elle prend alors l'aspect des femmes atteintes de kyste ovarique à une période ultime.

Il est toujours difficile d'évaluer l'évolution d'une tumeur quelconque parce que très rarement, à moins qu'elle siège dans un endroit très apparent, les malades s'en aperçoivent au début. Cela est particulièrement vrai de ces sarcomes kystiques de l'utérus, parce que les troubles qu'ils provoquent sont d'ordre tout à fait banal et que l'intensité des douleurs ou des pertes est rarement assez considérable pour amener les malades à consulter un médecin à bref délai. Un peu plus tard, c'est le volume du ventre qui les inquiète et c'est ordinairement à cette période que le médecin les voit. En tenant compte de cette cause d'erreur, on peut

dire cependant que l'évolution est rapide, infiniment plus que celle du fibrome. En effet, d'après nos observations, la durée moyenne du temps écoulé depuis le moment où les malades ont consulté jusqu'à celui de l'opération a été d'une année. C'est dire que c'est pendant une période relativement courte que le ventre a pris un développement considérable.

PRONOSTIC

L'évolution de l'affection est évidemment fatale comme celle de toutes les tumeurs malignes.

Cependant l'affection a été individualisée depuis trop peu de temps et les cas en sont trop rares pour que nous puissions donner ici une étude de ses différents modes de terminaison. En effet, un certain nombre de cas ont été publiés, mais nous n'avons retenu pour ce travail que les observations détaillées et précises, vraiment utiles, qui ne remontent pas au delà de la période chirurgicale actuelle. Il suit de là que dans toutes, le chirurgien est intervenu et que l'évolution spontanée a été interrompue. Ce qu'il faut retenir en tous cas pour cette forme de sarcome, c'est que la tumeur n'a pas de tendance à envahir le péritoine ; elle n'a pas davantage tendance à se généraliser et à disséminer des métastases. Elle reste en un mot très longtemps localisée à l'organe où elle a pris naissance. C'est là un caractère de premier ordre qui justifie et encourage l'intervention.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des sarcomes kystiques de l'utérus est surtout très difficile, si difficile que sur les cas publiés, il n'a jamais été fait avant l'opération. Cependant, il n'est pas impossible, et s'il l'a été jusqu'à ce jour, c'est que cette affection étant tellement rare que des chirurgiens n'en ont jamais vu, une symptomatologie bien étudiée n'en a pas encore été faite.

D'autre part, les sarcomes kystiques simulent parfois si complètement des tumeurs d'observation journalière que l'on pense d'emblée à celles-ci, écartant quasi de parti pris ou ne soulevant pas même l'hypothèse d'un diagnostic qui est une rarissime exception.

En effet, les fibromes de l'utérus et les kystes de l'ovaire avec lesquels ils sont toujours confondus présentent presque les mêmes signes et ils sont, comme on le sait, très communs. Dans les observations que nous avons recueillies, le diagnostic préalable a toujours été erroné. Six fois, on avait pensé à un kyste de l'ovaire, deux fois on avait cru à un fibrome de l'utérus, deux fois à un fibrome kystique ; enfin dans un cas on avait diagnostiqué l'association d'un kyste ovarique et d'un fibrome.

Cependant, il est très important de faire le diagnostic

exact de ces tumeurs et de le faire de bonne heure ; car le choix de l'intervention peut en dépendre, puis l'évolution des sarcomes commande cette intervention précoce. Tout retard ne peut être que très préjudiciable aux malades, soit par crainte de récidive, soit que leur état général devienne trop mauvais.

Le diagnostic positif se fonde sur les symptômes décrits plus hauts : grosse tumeur d'évolution rapide, fluctuation, tumeur utérine, hémorragies et douleurs ; enfin signe plus rare, changement de consistance d'une partie de la masse.

Il est évident qu'il y a déjà toute une catégorie de cas où le diagnostic différentiel ne peut être fait. Ce sont ceux où les signes fonctionnels n'attirent pas l'attention du côté de l'utérus et où les connexions avec cet organe ne peuvent être établies pour une raison quelconque.

C'est ainsi que dans notre observation les pertes de sang étaient insignifiantes et ne dépassaient guère l'abondance des règles normales, et d'autre part le toucher était impossible parce que la femme était vierge. Trouvant de la fluctuation dans une grosse masse abdominale d'origine pelvienne, nous fûmes naturellement conduits à porter le diagnostic de kyste de l'ovaire. Auvray fit une erreur analogue dans un cas où de même l'hymen intact s'opposait au toucher.

Ces cas où toutes les ressources du diagnostic ne peuvent être utilisés étant mis à part, il nous reste la majorité où une investigation complète peut être faite. Dès lors, on peut reconnaître que la tumeur est bien d'ori-

Sarcome kystique de l'utérus (Obs. I). Face postérieure

Sarcome kystique de l'utérus (Obs. I). Face antérieure.

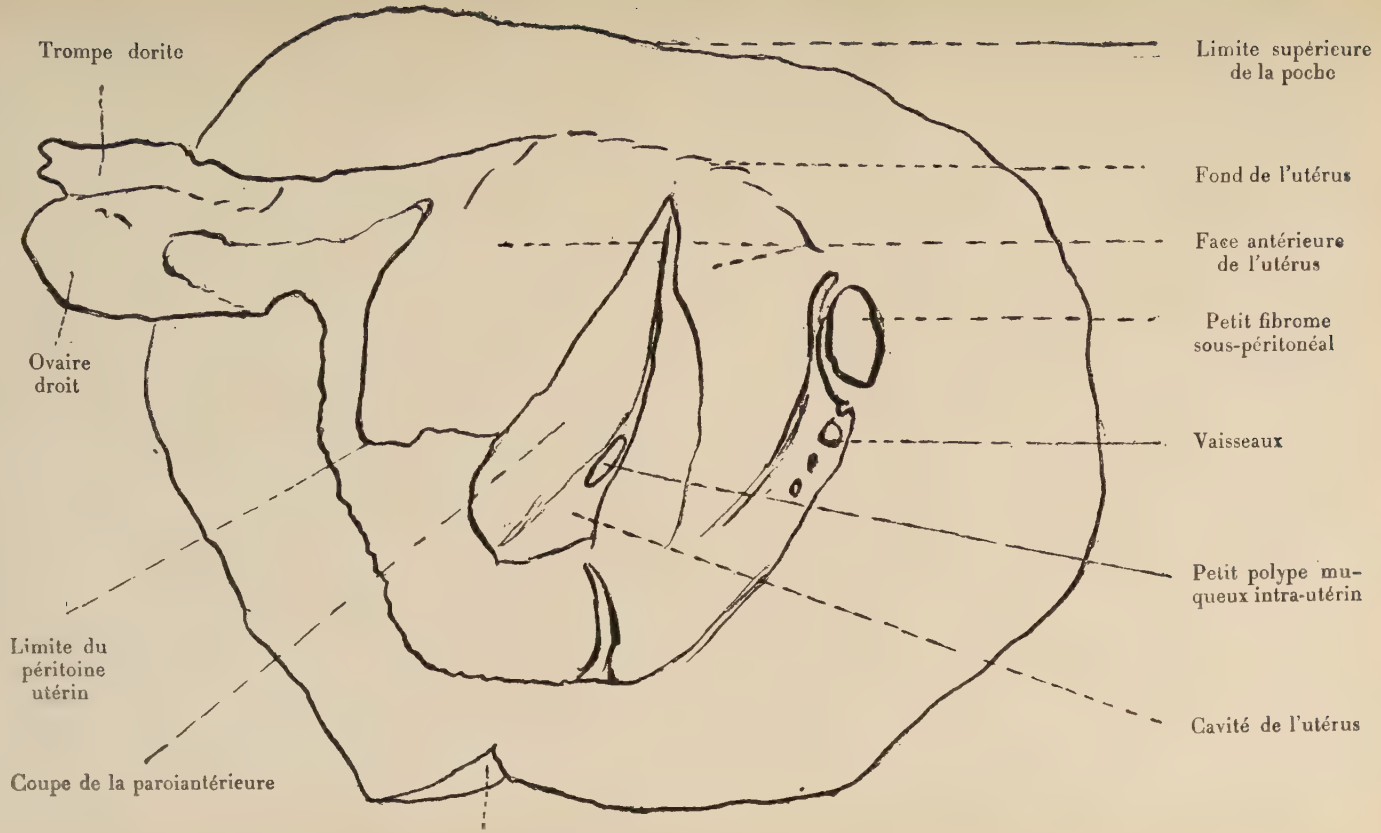

Schéma explicatif de la photographie de la face antérieure de la pièce. — Réduction d'un tiers

gine utérine, à moins que son développement dans le segment de la partie inférieure de l'organe ne comble les culs-de-sac et n'immobilise le col.

En somme, si les connexions avec l'utérus peuvent être démontrées, il est facile d'éliminer le *kyste de l'ovaire*. Si, au contraire, elles sont impossibles ou difficiles à établir, c'est presque fatalement vers ce dernier diagnostic qu'on penchera.

Mais supposons que la tumeur soit manifestement d'origine utérine, il n'y a que trois affections qui peuvent en imposer pour le sarcome kystique ; ce sont l'épithélioma de l'utérus, le sarcome de la muqueuse et enfin le fibrome. Nous allons passer en revue rapidement les différences de ces affections avec celle qui nous occupe.

1° *Épithélioma de l'utérus*. Le diagnostic ne se pose pour ainsi dire jamais : les troubles de la sécrétion, l'abondance et la fétidité de l'écoulement sont caractéristiques. D'autre part, s'il s'agit d'un épithélioma du col, le diagnostic est évident ; si c'est un épithélioma du corps, le volume n'atteint jamais celui du sarcome kystique.

2° *Le sarcome de la muqueuse utérine* prête en général à confusion avec l'épithélioma et non avec le sarcome kystique ; cela tient à ce que la tumeur qu'il détermine est rarement très considérable alors qu'au contraire les troubles fonctionnels, métrorragies, leucorrhée abondante, sont prédominants au point de faire porter le diagnostic de cancer.

3° Reste enfin le diagnostic avec le *fibrome.* Avec le fibrome pur, la confusion n'a été faite qu'une fois ; cela tient à ce que la consistance n'est pas la même : ferme dans un cas, elle est fluctuante dans l'autre. Par contre, on a porté à plusieurs reprises le diagnostic de fibrome kystique et en fait la similitude entre les deux affections est remarquable. Toutefois il est un signe qu'il faut mettre en vedette, c'est que le fibrome marche lentement, même si la dégénérescence occasionne une augmentation de volume, la tumeur existant auparavant depuis de longues années. L'évolution du sarcome kystique est, au contraire, rapide. On peut ajouter comme corollaire et accessoirement que le fibrome ne se révèle guère à cinquante ans, tandis que c'est l'âge ordinaire du sarcome kystique.

Enfin les hémorragies paraissent être moins abondantes dans les cas de sarcomes ; mais ce signe est inconstant : tout au plus, peut-on retenir ce fait en faveur d'un sarcome primitif du corps utérin, tandis que les sarcomes kystiques secondaires à un fibrome utérin s'accompagneraient, comme lui, d'hémorragies abondantes.

En définitive, ce qu'il faut mettre en lumière, c'est que malgré sa nature histologique, le sarcome kystique n'affecte pas les allures d'une tumeur maligne de l'utérus et simule, au contraire, les grosses tumeurs bénignes d'origine génitale, fibrome et surtout kyste de l'ovaire ; et c'est peut-être là le point le plus curieux de son histoire, que le microscope le rapproche des cancers, tandis que l'absence ou le peu d'intensité des troubles fonctionnels et son développement abdominal éveillent l'idée d'une tumeur bénigne.

TRAITEMENT

Théoriquement, le traitement peut se résumer en quelques mots : il consiste dans l'ablation de l'utérus et de la tumeur. C'est la conduite qu'il faudra toujours suivre quand on le pourra. C'est celle que nous avons suivie nous-même avec succès.

Il n'est plus question d'étudier la conduite de Terrier qui, en 1881, fit l'ablation par la méthode en vigueur à cette époque. On redoutait alors l'hémorragie et on se bornait à pratiquer l'amputation supra-vaginale, soit en réduisant le pédicule de l'abdomen, soit en le maintenant à l'extérieur (traitement extra-péritonéal). C'était ce dernier procédé qu'avait adopté Terrier. Il nous suffit de le mentionner au point de vue historique et d'ajouter que, à l'heure actuelle, il ne viendrait plus à aucun chirurgien l'idée de l'employer, puisque nous sommes en possession de méthodes plus simples et plus radicales.

Plusieurs opérateurs ont fait l'ablation de la tumeur sans enlever l'utérus. C'est ainsi que Fenger, trouvant une tumeur kystique insérée sur le fond de l'utérus, put l'énucléer sans ouvrir la cavité utérine et termina l'opération en faisant l'hémostase de la surface où elle s'in-

sérait et en recouvrant la première rangée de sutures par une péritonisation. Mauclaire, craignant que sa malade, cachectique, ne pût supporter l'hystérectomie totale, se borna aussi à amputer l'utérus au-dessous de la masse. Dans les deux cas, la mort survint quelques semaines après l'intervention. Dans le cas de Fenger, par sphacèle local et septicémie ; dans celui de Mauclaire par hémorragie de la portion de l'utérus laissée en place.

Ces deux résultats malheureux suffisent à condamner la pratique de l'amputation partielle, sauf dans les cas d'absolue nécessité où les dispositions anatomiques ne permettent pas l'ablation totale.

Au reste, en admettant même que l'ablation partielle fût suivie de guérison opératoire, elle serait en contradiction avec le principe fondamental d'après lequel toute tumeur maligne doit être enlevée le plus largement possible.

Ce qui pourrait causer quelque hésitation aux opérateurs non prévenus, c'est l'impossibilité de déterminer extemporanément la nature de la tumeur. Nous pouvons dire pour lever toute perplexité de la part du chirurgien que toute tumeur kystique de l'utérus, de quelque nature qu'elle soit, doit être traitée par l'extirpation radicale.

Dès lors, le choix n'est plus permis qu'entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale d'exécution plus rapide et plus simple et adoptée par la majorité des chirurgiens pour l'enlèvement des fibromes.

En fait, c'est presque toujours cette dernière opération

qui a été pratiquée avec de bons résultats. Et en effet les dispositions anatomiques de la tumeur s'y prêtent, puisqu'elle occupe le fond ou la paroi postérieure.

D'autre part, elle n'a pas de tendance à évoluer vers le segment inférieur de l'utérus. Cependant, puisqu'on se trouve en présence d'une tumeur maligne ou pour le moins suspecte, étant donné qu'à l'heure actuelle, l'hystérectomie totale est d'un pronostic aussi bénin que l'hystérectomie subtotale, il est plus naturel de recourir à la première de ces opérations qui, logiquement, donne plus de sécurité contre une récidive possible. C'est donc en définitive l'hystérectomie abdominale totale, y compris bien entendu l'ablation des annexes que nous recommandons sans réserves.

Il nous reste maintenant à envisager les résultats des interventions. Parmi les observations que nous rapportons plus loin, douze fois seulement la terminaison est signalée. Sur ces douze opérées, aucune ne succomba immédiatement, mais trois moururent dans l'espace de quelques semaines des suites de l'opération. Toutes les autres guérirent. Nous pouvons affirmer qu'à l'heure actuelle la proportion des guérisons opératoires serait encore plus élevée, et que l'hystérectomie abdominale dans les cas de sarcomes non adhérents chez des malades non cachectiques est aussi bénigne que dans les cas de fibromes.

Les résultats lointains sont d'appréciation difficile, parce que l'intervention remonte à un temps trop récent et surtout parce que les malades n'ont pas pu être suivis. Demoulin fait observer que sa malade, quoique

guérie opératoirement, avait dû succomber à assez bref délai parce que l'extirpation avait été incomplète. Herrenschmidt et Léo signalent une guérison au bout de six mois. C'est dans notre cas que la malade a été observée le plus régulièrement. Revue récemment dix-huit mois après l'opération, elle était en parfait état local et général.

Si l'on a présent à l'esprit les caractères anatomiques et évolutifs de la tumeur, sa nette localisation, son peu de tendance à la généralisation et aux métastases, on peut présumer qu'après une bonne ablation comme nous avons pu la pratiquer, la guérison peut se maintenir très longtemps et peut être même définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (Personnelle)

Sarcome kystique de l'utérus. — Hystérectomie abdominale par le Dr Jeanne. — *Guérison constatée à longue échéance.*

La malade, femme de 45 ans, se plaint que depuis un an environ le ventre lui soit devenu un peu sensible et ait augmenté de volume. Dans ses antécédents héréditaires, on trouve peu de chose : père âgé de quatre-vingts ans, vivant; mère morte à soixante-dix-sept ans, mais d'une cause ignorée. Pas de tumeurs dans les collatéraux.

La malade est bien portante habituellement. Réglée à treize ans et normalement, ses règles ont augmenté de durée depuis six mois et durent maintenant six à huit jours. Mariée à vingt-deux ans et malgré cela son hymen est intact : la malade dit à ce propos que les rapports sexuels ont toujours été incomplets, à cause de la douleur. Mais il n'y a pas de troubles autres qu'une légère ménorragie.

Examen physique. — Le ventre en effet, est augmenté de volume, comme si la malade était enceinte de six mois environ.

A travers la paroi épaisse et ferme qui gêne un peu l'examen, on sent une tumeur arrondie, occupant la partie infé-

rieure de l'abdomen, remontant jusqu'à deux ou trois doigts au-dessus de l'ombilic. Elle plonge en bas, dans le bassin : c'est bien en effet le volume d'une grossesse de six mois.

Elle est piriforme, étant plus large en haut qu'en bas. Elle est presque médiane, mais un peu plus haute à gauche qu'à droite Elle est quasi-immobile. Consistance régulière.

Est-elle fluctuante ? Elle est certainement rénitente. Et après un examen prolongé, rendu délicat par l'épaisseur de la paroi, on acquiert la certitude qu'elle est en effet fluctuante, mais on a la sensation d'une poche épaisse et tendue. Il est impossible de savoir si la fluctuation se transmet intégralement suivant les différents diamètres.

Le toucher vaginal étant impossible à cause de l'hymen, les connexions de la tumeur avec l'utérus ne peuvent être appréciées.

La fluctuation et le développement rapide font faire le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Examen général. — Malade haute en couleur ; organes thoraciques normaux. Pas d'albumine ; fonctions digestives normales.

Intervention le 30 avril. — Grande incision médiane de l'ombilic au pubis. La tumeur apparaît paraissant bien être un kyste à cause de sa couleur blanc grisâtre, mais à paroi épaisse, ferme, sous laquelle la fluctuation est toujours assez malaisément perçue.

Ponction : il sort exactement 3 l. 1/2 de liquide brunâtre, chocolat, rougeâtre sous une faible épaisseur. Il est filant et ne contient pas de grumeaux. A remarquer que l'orifice de la ponction s'applique bien au trocart : il devient évident que ce kyste a pour siège, non pas les deux ovaires,

d'apparence intacts, mais l'utérus lui-même dont on voit et sent la plus grande partie du corps au-dessous de cette poche. On termine l'opération par une hystérectomie subtotale y compris les deux ovaires et les trompes. Drainage. Les suites furent des plus simples :

2 mai. — Enlèvement des drains.

10 mai. — Ablation des fils.

A signaler une rétention d'urine ayant duré vingt-deux jours, guérie spontanément.

La tempèrature s'éloigna peu de 37 degrés ; le pouls oscilla autour de 80 pulsations.

La malade fut revue à plusieurs reprises et notamment au bout de quinze mois : elle était très bien portante.

Examen macroscopique de la pièce.

1° *Ovaires et trompes*. — Très peu altérés ; on pourrait presque dire qu'ils ne le sont pas, tellement leurs altérations sont banales. Plusieurs petits kystes dans les deux ovaires qui d'ailleurs ne sont pas augmentés de volume.

Sur le ligament tubo-ovarien gauche, deux petits kystes séreux de la grosseur d'un pois.

2° *Tout l'intérêt réside dans l'utérus*. — Au-dessus et en avant du corps utérin, dans l'épaisseur de la paroi antérieure, s'est développée la poche sans communication avec la cavité utérine. Elle est sillonnée à la surface de grosses veines dilatées.

L'ouverture est très curieuse. La surface interne de la poche est extrêmement irrégulière, offrant des bosselures, des dépressions, des irrégularités de toute nature ; des sortes de colonnettes charnues, soit complètement libres, soit en pilastres. A côté des sortes de cratères, des arches comme des arches

de ponts. Crevasses et bosselures sont à surface assez rude, pas lisse, parfois légèrement granitée : par places tapissées d'une sorte de fausse membrane blanchâtre ; enfin en maints endroits on rencontre des végétations polypiformes en forme de chevelu, jaunâtres.

Quelques-unes de ces végétations sont complétement détachées et sont libres dans la cavité.

La cavité utérine ouverte sur l'autre face de l'organe (face postérieure) se montre intacte dans tout le col ; dans le corps, la muqueuse forme au niveau du fond de l'utérus une grosse saillie tongueuse, chair d'huître, comme on le voit dans certaines métrites ; un peu plus bas d'ailleurs se voient deux polypes muqueux, aplatis et rougeâtres, longs d'environ 4 centimètres.

Examen histologique (Dr Dévé). — Un morceau de la paroi du kyste, fixé et durci dans le formol, a été prélevé au niveau de sa face postérieure, péritonéale.

L'épaisseur de cette paroi, mesurée sur les coupes est inégale ; elle est, en moyenne, de 7 millimètres, ne dépassant pas 4 millimètres dans les parties minces, atteignant plus de 1 centimètre dans les points épais.

1° *A l'examen à l'œil nu*, des coupes microscopiques colorées à l'hématéine-éosine orange, on constate *deux zones* de couleurs bien tranchées et nettement limitées :

a) Une zone rose, superficielle, formant une bande assez régulière, qui mesure de 1 à 2 millimètres ;

b) Une zone violacée interne, dont l'épaisseur varie entre 1 millimètre et 7 millimètres.

A la limite de ces deux zones, se remarque un liséré orange.

2° *Le plus faible grossissement* du microscope montre immédiatement que la zone rose superficielle répond au tissu musculaire utérin, tandis que la zone violacée est de nature néoplasique. Entre les deux se trouve une étroite bande hémorragique.

3° *Faible grossissement*. — α) La *zone néoplasique* se montre constituée par des faisceaux de cellules fusiformes foncées, sectionnées sous des incidences variables et renfermant de nombreuses fentes vasculaires. L'aspect est celui du sarcome fasciculé. Cependant le tissu néoplasique ne forme pas partout une nappe cellulaire continue ; par endroits, un peu de tissu conjonctif persiste avec ses vaisseaux normaux (artérioles, veinules à paroi musculaire) et cloisonne irrégulièrement le tissu.

Au niveau de la zone superficielle interne, répondant à la cavité de la tumeur, le tissu néoplasique a subi une involution particulière aboutissant à une nécrose fibrinoïde. Cette zone est vivement colorée en rose par l'éosine et on n'y reconnaît plus que quelques pulvérisations nucléaires. En plusieurs points avoisinant la surface, le même aspect se retrouve en plein tissu néoplasique, et ces régions en voie de nécrose apparaissent lâches comme œdématiées.

La limite du néoplasme vers le muscle est assez nettement arrêtée ; elle est dessinée par une zone d'œdème hémorragique. En un point, le tissu sarcomateux atteint la paroi profonde d'un des larges sinus veineux aplatis parallèlement à la surface péritonéale, et il est à remarquer qu'à ce niveau, on ne constate aucune réaction endophlébitique : le sang est directement en contact avec le tissu néoplasique.

b) *La zone musculaire* est formée de longs faisceaux

de fibres musculaires lisses disposés en assises parallèles, tassées qu'elles se sont trouvées par l'expansion de la tumeur kystique. Le tissu conjonctif qui unit ces faisceaux musculaires est lâche, plus ou moins œdémateux. Cet œdème interstitiel s'accentue à mesure qu'on s'avance vers la zone néoplasique et dans la région frontière on voit les fibres musculaires, dissociées, isolées dans le tissu imbibé de sérosité, s'atrophier.

4° *Fort grossissement*. — Le type histologique des cellules qui constituent le tissu néoplasique est le suivant : cellules fusiformes, à protoplasma peu abondant, teinté en rose violacé par l'hématéine-éosine et à noyau régulièrement ovale. Sur leurs sections transversales ces cellules apparaissent sous la forme de petits cercles très réguliers centrés par un noyau arroudi, de taille uniforme. Pas de noyaux bourgeonnants, pas de myéloplaxes. Nous n'avons pu non plus constater de figures de karyokinèse.

En somme, ce tissu répond bien à la structure du *sarcome fuso-cellulaire fasciculé typique*. Remarquons en terminant que cet aspect rappelle le *leio-myome malin* à « malignité » atténuée.

OBSERVATION II

(Mauclaire. — *Bulletin Soc. chirurgie*, du 21 novembre 1906, p. 970.)

Fibro-sarcome de l'utérus ayant l'aspect d'un kyste utérin

La malade, âgée de quarante-neuf ans, avait de nombreuses pertes sanguines utérines depuis huit ans. A son entrée

à l'hôpital (en avril dernier), on trouve une masse abdominale présentant les symptômes d'un kyste ovarien et remontant jusqu'à l'épigastre avec ascite légère. A l'ouverture de l'abdomen, on voit que la tumeur fait partie de l'utérus lui-même et s'est développée aux dépens du fond de l'organe. L'évacuation de la poche kystique donne issue à 5 ou 6 litres d'un liquide blanchâtre contenant beaucoup de grumeaux. Croyant avoir affaire à un simple fibrome kystique, je fis l'amputation de l'utérus au-dessous de la tumeur. D'ailleurs la malade n'aurait pas pu supporter l'hystérectomie totale. Elle resta cachectique et trois semaines après l'opération survint une hémorragie de la portion de l'utérus laissée en place. Cette femme voulut quitter l'hôpital ; elle a dû succomber depuis assez rapidement.

Examen macroscopique. — C'est une tumeur kystique énorme, pesant 5 kilos et revenue un peu sur elle-même ; la paroi est épaisse de 3 à 4 centimètres et indurée ; la surface interne est irrégulière et contient des débris adhérents sphacélés. L'épaisseur de la paroi est la même en tous points. La cavité utérine est restée dans l'épaisseur de la paroi du segment utérin laissé en place.

Examen histologique (Piquand). — On trouve trois zones à étudier sur une coupe de la paroi du kyste.

1° *Zone externe.*—Revêtement endothélial et tissu conjonctif disposé par bandes parallèles avec lacunes où on trouve parfois globules sanguins.

2° *Zone moyenne.* — Elle comprend la moitié de la paroi : c'est du tissu fibro-myomateux. A la partie interne de cette zone, on voit de nombreuses cellules arrondies qui infiltrent le tissu fibromateux. Ces cellules sont disposées de préfé-

rence autour des petits vaisseaux plus nombreux dans cette partie.

3° *Zone interne.*—On trouve des cellules de formes variées plus ou moins nombreuses. Elles sont en voie de multiplication très active à la partie externe de la zone ; à la partie interne elles paraissent en voie de destruction. Le tissu intercellulaire est très vascularisé et fortement œdématié.

En aucun point la surface interne du kyste ne présente de traces d'un revêtement épithélial ou endothélial.

En somme, il s'agit donc d'un fibrome utérin ayant ultérieurement subi la dégénérescence sarcomateuse et kystique.

OBSERVATION III

(Monod. — *Bulletin Soc. de chirurgie*, 15 juin 1906 et *Bull. Soc. chir.*, 19 décembre 1906.)

Kyste de l'utérus. — Présentation de pièces.

M. Monod présente un kyste de l'utérus développé dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'organe enlevé chez une femme de quarante-cinq ans par hystérectomie abdominale subtotale, ayant donné lieu avant l'opération à tous les signes d'un fibrome utérin. Le ventre contenait une tumeur arrondie, volumineuse, dépassant l'ombilic, en relation évidente avec l'utérus, de consistance qui avait paru ferme lors d'un premier examen, mais par contre nettement fluctuante le jour de l'intervention, deux mois plus tard. L'opération avait dû être retardée, en raison de la présence d'une notable quantité d'albumine dans les urines. Celle-ci ayant com-

plètement disparu, il n'y avait pas d'hésitation, il y avait même urgence à débarrasser la malade, car elle était profondément anémiée par des métrorragies de plus en plus abondantes se produisant depuis dix-huit mois.

Le diagnostic de fibrome utérin ne paraissait pas douteux, en raison même de ces métrorragies et des signes kystiques susdits, mais fibrome *mou* à cause de la consistance nettement fluctuante que la tumeur avait acquise en dernier lieu.

L'opération eut lieu sans incidents, sauf celui-ci que, lors de l'insertion du tire-bouchon dans la tumeur, il s'échappa par l'ouverture ainsi faite, un liquide séreux, jaunâtre, analogue à celui des kystes séreux en général.

Examen macroscopique. — On constate deux choses, d'une part un utérus à cavité agrandie et à parois très épaisses, fibromateuses : d'autre part une poche kystique dont les parois étaient évidemment formées par du tissu utérin. Cette poche contenait, outre une certaine quantité de sérosité semblable à celle qui s'était écoulée lors de l'opération, un tissu filamenteux irrégulier, s'étendant d'une paroi à l'autre, entre les mailles duquel le liquide s'était épanché. Je présente cette pièce pour demander à mes collègues : 1° si cette tumeur est bien, comme je le pense, un kyste de l'utérus ; 2° dans le cas où il s'agirait d'une tumeur fibro-kystique, quelle en serait l'origine ?

Examen histologique (Piquand). Résumé. — 1° *Coupes d'un fragment pris à la partie supérieure de l'utérus et comprenant toute l'épaisseur de la paroi du kyste :* Endothélium à la partie externe : au-dessous, tissu fibro-musculaire : à mesure qu'on se rapproche du centre, apparaissent les cellules sarcomateuses, éléments arrondis et fusiformes,

situées autour des vaisseaux, et leur nombre augmente par places tandis que les fibres musculaires disparaissent progressivement.

2° *Examen des fragments pris sur la paroi inférieure de la cavité kystique :* Tissu fibro-conjonctif œdématié avec moins de vaisseaux et cellules rondes moins nombreuses. La muqueuse utérine a presque disparu.

3° *Examen d'un fragment des travées filamenteuses qui cloisonnent la cavité kystique :* Ces travées sont formées par du tissu fibro-conjonctif.

4° *Examen de la paroi utérine au-dessous du kyste :* Cette paroi est formée de tissu fibro-conjonctif très vascularisé et de fibres musculaires lisses. La muqueuse utérine est épaissie et infiltrée de cellules embryonnaires.

En somme, sarcome kystique de l'utérus à cellules rondes et fusiformes. La formation du kyste paraît due à l'œdème et à l'infiltration du tissu fibro-sarcomateux par suite de compression ou d'oblitération des voies de retour du sang par les cellules néoplasiques.

OBSERVATION IV (Résumée)

(M. Auvray, rapport de M. Pothérat. — *Bulletin Soc. de chir. de Paris* du 18 décembre 1906, p. 1051, et suiv.)

Volumineux kyste de l'utérus. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Femme de quarante ans, ayant consulté un médecin quatre ans auparavant parce que son ventre présentait un développement anormal et progressif. A l'examen on reconnut

la présence dans l'abdomen d'une tumeur lisse, arrondie, fluctuante. On diagnostiqua un kyste de l'ovaire, mais la malade refusant l'opération fut perdue de vue.

Cependant, le ventre se développait, puis surviennent des douleurs. La santé s'altéra et la malade revint très épuisée retrouver son médecin.

A ce moment le ventre est extrêmement distendu, mat à la percussion, lisse partout ; sa consistance est molle et fluctuante ; en aucun point, on ne constate d'induration ou même une rénitence plus marquée. En déplaçant latéralement la malade, on s'assure que le liquide est bien contenu dans une poche remontant jusqu'au rebord thoracique élargi. Pas de toucher vaginal par suite de la persistance de l'hymen. Règles régulières et abondantes. Etat général très mauvais. Douleurs névralgiques au niveau de la cuisse gauche.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire semblait certain et l'opération fut décidée en mars 1906.

Laparotomie médiane : nombreuses adhérences ; ponction retirant plus de 6 litres d'un liquide filant, de couleur chocolat. On attire la poche flasque au dehors et elle ne tenait plus que par son pédicule. C'est ici que commence l'intérêt spécial de cette observation.

« Le pédicule était large, et M. Auvray s'attendait à le voir se continuer avec le bord supérieur de l'un ou l'autre ligament large. Il n'en est rien ; les annexes sont libres, indépendantes, et le pédicule se continue, sans ligne de démarcation, avec le corps utérin lui-même. Ce n'était point une adhérence, une fusion secondaire, mais une union intime, primitive ; l'organe et le kyste ne faisaient qu'un. » L'utérus

était normal avec un fond un peu irrégulier. Après une courte hésitation, et vu l'affaiblissement de la malade, l'opération fut terminée par une hystérectomie subtotale. Drainage. Guérison.

Examen macroscopique. — Vaste poche à paroi extérieure régulière, à paroi interne régulière aussi, tomenteuse, sans épaississement, en tout semblable à la paroi d'un kyste de l'ovaire uniloculaire, d'une épaisseur de 5 millimètres environ. Cette poche se continuait avec le fond de l'utérus dont elle avait la largeur et l'épaisseur, et la paroi extérieure se continuait avec le péritoine de revêtement utérin. Une section de l'utérus le montrait normal, muscle et muqueuse.

A cette époque on discuta sur la nature du kyste. On rejeta l'idée de kyste sanguin, kyste hydatique ou dermoïde, kyste embryonnaire, cette tumeur ne présentant aucun des caractères de ces productions pathologiques. L'idée d'un fibromyome devenu kystique n'était pas soutenable. « Quand un fibromyome devient kystique, il reste toujours, à la périphérie de la poche si le kyste est central, en un point de cette périphérie si le kyste est excentrique, une plus ou moins grande abondance de tissu du fibromyome lui-même. De plus ces kystes de dégénérescence ne sont pas de véritables poches kystiques, on ne trouve pas sur leur face interne une véritable paroi limitante ; ce sont des cavités créées par refoulement des tissus et non de véritables kystes. »

En un mot, quand on réduit l'examen anatomique à une simple constatation macroscopique, il est arrivé à des auteurs d'appeler ces kystes des kystes séreux de l'utérus, mais quand on a voulu s'éclairer sur leur nature intime à l'aide

du microscope, on s'est aperçu que c'étaient des productions néoplasiques à modalité kystique.

M. Auvray en a fait faire l'examen histologique et cet examen a montré « qu'il s'agissait là d'un sarcome kystique, dont le point de départ siégeait dans la partie sous-péritonéale du fond de l'utérus, sarcome à marche lente, puisque la malade avait consulté quatre ans auparavant et que son ventre était, à ce moment déjà, très développé ».

Examen microscopique (par M. le professeur Cornil). — A la coupe de la poche on voit deux parties bien distinctes :

1° A la périphérie, une courbe de faisceaux de fibres lisses avec dans chaque faisceau des fibres musculaires hypertrophiées. Protoplasma volumineux ;

2° En dedans de cette couche externe, on observe du tissu sarcomateux dont les îlots sont bordés par du tissu conjonctif. Les cellules sarcomateuses sont allongées, fusiformes, avec un noyau ovoïde. A l'intérieur du kyste le tissu néoplasique produit des bourgeons et des filaments dans lesquels les cellules fusiformes sont altérées, graisseuses ou mortifiées. Pas de revêtement épithélial.

« Le grand kyste représente donc le centre mortifié, œdémateux, liquéfié pour ainsi dire, d'une tumeur sarcomateuse développée dans la partie supérieure de la paroi utérine. »

OBSERVATION V (Résumée)

(MM. A. Herrenschmidt, chef de laboratoire, et G. Léo, chef de clinique. — *Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de Paris* : juin 1907, p. 457 et suiv.)

Un nouveau cas de sarcome kystique de l'utérus

Femme de cinquante-deux ans, ayant remarqué une grosseur dans le ventre depuis trois ans, sans troubles spéciaux. A cinquante et un ans, ménorragies précédant la ménopause.

29 novembre 1906. — A la suite d'une chute, son médecin est appelé. Elle présente une réaction péritonéale : vomissements, douleur généralisée à tout l'abdomen ; on sent même une tumeur abdominale mobile et douloureuse. Ces phénomènes péritonéaux disparaissent après quarante-huit heures.

2 décembre. — La douleur est réveillée par les déplacements de la malade dans son lit : état général bon.

L'abdomen contient une tumeur grosse comme une tête d'adulte, mobile, rénitente, régulièrement arrondie, à surface lisse. Le col utérin est normal : les culs-de-sac latéraux sont libres, le postérieur l'est de même ; on ne peut pas atteindre le pôle inférieur de la tumeur abdominale. On constate un petit fibrome en arrière au niveau de l'isthme utérin. Liquide libre dans le péritoine. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

20 décembre. — Avant l'opération, on constate la dispari-

tion de la grosse tumeur abdominale ; et à la place, l'utérus douloureux à la pression, dépassant de quatre travers de doigt la symphyse pubienne.

Opération. — On fait la laparotomie convenue, et on trouve, à l'ouverture de l'abdomen, une vaste poche implantée sur le fond de l'utérus et déchirée à quelques centimètres au-dessus de son point d'implantation.

Le contenu de la poche, un liquide hématique, chocolat, avec de nombreux grumeaux, s'est répandu dans le péritoine. La poche a un centimètre d'épaisseur, sauf au niveau de l'implantation utérine où son épaisseur est plus considérable. En énucléant la poche, on agrandit la déchirure. On termine l'opération par une hystérectomie supra-vaginale avec ablation des deux annexes. Drainage. Suites normales sauf fistule pendant quarante jours au niveau du passage du drain.

La malade est revue en parfaite santé en mai 1907.

Examen microscopique. — Utérus normal. Dimensions de la poche : 13 centimètres verticalement, 16 transversalement et 10 d'avant en arrière. Il n'existe pas de communication entre les voies génitales et la cavité pathologique logée dans la paroi postérieure et le fond de l'utérus. Cette cavité occupe le tiers supérieur de la paroi postérieure de l'utérus.

La portion de kyste qui surmonte l'utérus est presque régulièrement ovoïde et déjetée à droite. La surface est lisse.

La surface interne du kyste, dans sa portion utérine, est revêtue d'une grande quantité de petites franges serrées, mais elles deviennent rapidement courtes et disséminées à mesure qu'on passe le goulot et le cercle d'insertion de la poche : plus haut, la surface interne est plane et parsemée

seulement de quelques caillots aplatis, sans bride ou travée fibreuse.

Examen microscopique. — 1° Paroi du kyste dans sa portion utérine. Au milieu : tissu fibro-musculaire normal. Du côté de la cavité utérine on constate une légère métrite et le reste est normal. Au contraire du côté de la surface cavitaire pathologique, l'œdème apparaît avec des hémorragies interstitielles de plus en plus importantes, puis se montre nettement le sarcome : on voit des cellules de taille variable, arrondies, mais aucune cellule fusiforme : parmi ces cellules on trouve de nombreux vaisseaux.

A la limite de la cavité, les cellules sarcomateuses s'effritent et tombent dans le liquide du kyste : les franges seules résistent parce qu'elles sont centrées par un vaisseau.

2° Paroi du kyste au pôle supérieur de la poche : la totalité de la paroi n'a qu'une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Formée extérieurement par du tissu conjonctif et fibreux, on trouve ensuite des cellules sarcomateuses doublée d'une zone hyaline où se trouvent encore quelques cellules sarcomateuses.

OBSERVATION VI

Guibé et X. Bender. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, déc. 1906, p. 751.

Fibrome et sarcome kystique de l'utérus

La malade, femme de quarante-sept ans entre pour se faire opérer d'un fibrome utérin.

Réglée à quatorze ans : règles abondantes, ayant encore augmenté depuis un an. Etat général bon.

Quand la malade est endormie, on sent une tumeur grosse comme le poing, arrondie, peu bosselée, peu mobile, ferme et résistante.

Pas de fluctuation. Au palper bimanuel, on voit que toute la tumeur forme une masse unique qui occupe le corps et semble se continuer dans le col utérin : entre les deux on sent comme une dépression. Tout est ferme et résistant et nulle part on ne sent de fluctuation.

On diagnostique : fibromes utérins multiples avec un fibrome développé dans le col et faisant saillie en arrière.

Opération par le professeur Berger. Hystérectomie abdominale totale. Suites opératoires excellentes.

Examen macroscopique. — Poche grosse comme le poing, répondant à la paroi postérieure de l'utérus, contenant un liquide sanguinolent, à surface interne irrégulière, rappelant les piliers du cœur. La cavité utérine ne communique pas avec la poche kystique.

Examen microscopique. — On trouve des corps fibreux utérins et à côté une poche kystique, formée des éléments ordinaires vus dans les précédentes observations. Il s'agit selon toute vraisemblance, d'un fibromyome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse et secondairement la transformation kystique par nécrose centrale progressive.

OBSERVATION VII

Desmaret et Bailleul. — *Société anatomique*, oct. 1903, p. 728.

Sarcome du fond de l'utérus

Femme de cinquante-huit ans, dont le ventre a grossi très rapidement ; elle souffre depuis six mois. On constate une volumineuse tumeur occupant la partie sous-ombilicale de l'abdomen : dure à droite, rénitente à gauche. Au toucher le col ne suit pas les mouvements imprimés à l'utérus ; on porte le diagnostic de kyste végétant de l'ovaire.

Hystérectomie abdominale incomplète, par suite de la friabilité de la paroi postérieure de la vessie.

Macroscopiquement : tumeur développée aux dépens du fond de l'utérus ; cette tumeur comprend une partie centrale et droite très dure ; la partie gauche est formée de tissu néoplasique ayant subi la dégénérescence kystique.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse.

OBSERVATION VIII

Duret. — *Semaine gynécologique*, 1898, n° 17.

Néoplasme kystique de l'utérus. (Kyste abdominal, interstitiel et cavitaire.) Morcellement ; hystérectomie totale. Examen histologique : sarcome de nature endothéliale.

OBSERVATION IX

Terrier. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1881.

Hystérectomie pour une tumeur fibro-sarcomateuse et kystique de l'utérus. Guérison.

OBSERVATION X

Costes. — Thèse, Paris, 1895. Obs. XIX, p. 83.

Sarcome kystique de l'utérus, opéré par M. le Dr Manoury de Chartres, juin 1894. Tumeur molle avec grande cavité kystique remplie d'un liquide hémorragique.

OBSERVATION XI

Costes. — Thèse, Paris, 1895. Obs. XVIII, p. 81.

Fibromyome interstitiel avec sinus sarcomateux : opéré par le professeur Tillaux : août 1884.

OBSERVATION XII

Costes. — Thèse, Paris, 1895. Obs. XIII, p. 76.

Fibro-sarcome de l'utérus opéré par M. le professeur Péan, décembre 1894.

OBSERVATION XIII

Costes. — Thèse, Paris, 1895.

Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus. Obs. XVI, p. 79.

Fibromyome du corps de l'utérus avec petits kystes formés

par nécrose de la formation sarcomateuse, opéré par le professeur Péan, novembre 1894.

OBSERVATION XIV

Dr Christian Fenger. — *American journal of obstetrics*, 1888, p. 1200.

Fibro-sarcome kystique de l'utérus

Femme de trente-cinq ans, qui avait une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, en connexion intime avec le fond de l'utérus. Tumeur fluctuante par places. Diagnostic : kyste de l'ovaire. A l'opération, on trouva un fibrome kystique, la tumeur fut énucléée et l'utérus laissé en place. Mort trois semaines après par septicémie et sphacèle local. Macroscopiquement, la tumeur présentait par places des îlots de tissu mou ressemblant à du myxome ou du sarcome, en d'autres parties des cavités kystiques, irrégulières, ressemblant aux parois des ventricules du cœur. Histologiquement, sarcome.

OBSERVATION XV

G. Piquand. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juin 1905, p. 399.

Sarcome de l'utérus

Femme de quarante et un ans. Volumineuse tumeur Depuis quelques années la malade se plaint de douleurs et constate que son ventre grossit rapidement, jusqu'à dépasser l'ombilic de sept travers de doigt. Opération le 21 octobre

1901 par M. Quénu. Tumeur de 5 kilogrammes. Aspect fibroïde rappelant celui des fibromyomes œdématiés. Elle renferme quelques cavités d'apparence kystique, contenant un liquide clair. La principale cavité est de la taille d'une mandarine. Histologiquement, cellules rondes. Cavités formées par dégénérescence des éléments néoplasiques.

OBSERVATION XVI

G. Piquand. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juin 1905, p. 401.

Sarcome de l'utérus.

Femme de quarante-neuf ans, opérée en 1901 avec le diagnostic de fibrome existant avec un kyste de l'ovaire, parce que la tumeur remontant aux fausses côtes, présentait une consistance inégale, nettement fluctuante en certains points. Développement rapide.

Macroscopiquement : tumeur de 3 kgr. 600 comprenant une masse solide et deux poches remplies de matières semi-liquides. Une des cavités atteint la taille d'une grosse orange.

Histologiquement : sarcome à cellules rondes. Les cavités représentent une dégénérescence œdémateuse du tissu néoplasique.

CONCLUSIONS

Parmi les sarcomes de l'utérus, certains se développent en plein parenchyme, loin de la cavité utérine, et deviennent rapidement kystiques.

Tantôt, ils succèdent à une tumeur préexistante de l'organe, le plus généralement un fibrome ; tantôt au contraire, et ce sont les cas les plus intéressants, ce sont des tumeurs absolument *primitives*.

Histologiquement, les sarcomes kystiques de l'utérus constitués ou par des cellules rondes ou plus souvent par des cellules fusiformes, ne sont qu'une variété anatomique ou qu'une évolution des sarcomes ordinaires.

Mais ils ont *une physionomie clinique spéciale*, qui fait d'eux un groupe de tumeurs à part, dès que le processus kystique a atteint un certain volume. En effet, les troubles fonctionnels (hémorragies, leucorrhée), qui permettraient de les rapporter à l'utérus, manquent ou sont peu importants, ils n'ont pas l'aspect clinique d'un cancer de cet organe, mais d'un kyste d'origine pelvienne. L'idée d'un néoplasme malin disparaît devant le processus kystique.

Bien qu'ils aient une symptomatologie assez caractéristique, leur grande rareté les fait méconnaître et

confondre principalement avec le kyste de l'ovaire ou les fibromes kystiques de l'utérus.

Le diagnostic se basera, quand il sera possible, sur les connexions de la tumeur avec l'utérus qui les différenciera des kystes de l'ovaire et sur la rapidité de leur évolution qui les distinguera des fibromes,

Le traitement de choix qui leur est applicable, est l'hystérectomie abdominale totale. Les résultats immédiats en sont bons. Les résultats éloignés, trop peu nombreux pour être appréciés, paraissent cependant devoir être favorables.

Vu : le Président de la thèse
P. SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.